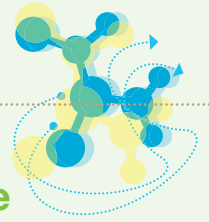




## Fiche N° 12 : L'Incontinence urinaire liée au Cancer de la prostate



Au moment du diagnostic, le cancer de la prostate est localisé dans plus de 90 % des cas. La chirurgie, la radiothérapie et la surveillance active sont les principales options thérapeutiques. La chirurgie est associée à une survie spécifique supérieure à celle de la radiothérapie chez les patients présentant un cancer non métastaté. L'impact des traitements de cancer de prostate sont fonction de leur classification et de leur stade.

### Les cancers de la prostate sont classés en 4 stades :

- cancer de la prostate localisé (T1/T2, N0, M0)
- cancer de la prostate localement avancé (T3/T4, N0-x, M0)
- cancer de la prostate avec atteinte ganglionnaire pelvienne (tous T, cN1/pN1, M0)
- cancer de la prostate métastatique (tous T, tous N, M1)

### Les cancers de prostate localisés :

– Cancers de prostate localisés à faible risque :

3 types de traitements curatifs radicaux :

- la chirurgie avec ablation complète de la prostate,
- la radiothérapie,
- la curiethérapie.

La prostatectomie est le seul traitement du cancer de prostate localisé.

**N.B.** Si l'incontinence urinaire est une complication fréquente, l'incontinence urinaire permanente et définitive est exceptionnelle (3% des cas). Le plus souvent, elle se limite à des fuites de quelques gouttes lors d'efforts importants (10 à 15% des cas). La continence s'améliore au fil du temps et il est conseillé d'attendre au moins 3 à 6 mois avant d'envisager une intervention complémentaire. En cas d'incontinence sévère (<1%) : sphincter artificiel.

- Pour les patients avec résection R1 (résection incomplète) : la radiothérapie adjuvante permet une amélioration de 20% de la survie sans progression du PSA, du contrôle tumoral local, de la survie sans métastases et de la survie globale.
- Le traitement focal par voie trans-périnéale :
  - Les ultrasons «ablatherm» : méthode plus douce que la chirurgie, moins fréquente.
  - La curiethérapie est utilisée pour les petites tumeurs. 95% des hommes sont guéris à long terme, bonne conservation des performances sexuelles et quasi aucune incontinence.
  - La photothérapie en phase d'essai diminuerait les effets secondaires. La photothérapie dynamique est la plus prometteuse.
  - La surveillance active est justifiée par le risque de sur-traitement induit par un dépistage annuel trop systématique chez des groupes de patients à bas risque.

**N.B.** L'incontinence urinaire après traitement physique du cancer de la prostate localisé (radiothérapie externe, curiethérapie ou Ablatherm) est rare, modérée et souvent par impériosité (urgenterie).

### Cancers de la prostate localisés à risque intermédiaire :

prostatectomie totale avec curage ganglionnaire et la radiothérapie externe de la loge prostatique.

### Cancers de la prostate localisés à haut risque :

association d'une hormonothérapie pendant 3 ans et d'une radiothérapie externe de la loge prostatique. La radiothérapie externe consiste à diriger des rayons produits par une source externe, au niveau de la prostate et parfois, sur certains ganglions reliés à l'organe atteint, pour détruire les cellules cancéreuses en bloquant leur capacité à se multiplier.

### Les cancers de la prostate localement avancés :

radiothérapie externe pelvienne, associée à une hormonothérapie d'une durée de 3 ans.

### Les cancers de la prostate métastatiques :

tumeurs formées à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps.

Le traitement de référence des cancers de la prostate métastatiques est l'hormonothérapie associant un analogue de la LHRH et des anti-androgènes, ou castration chirurgicale (orchidectomie).

Les cancers métastatiques résistants à la castration chimique ou chirurgicale seront traités par chimiothérapie, hormonothérapie et radiothérapie métabolique (traitement complémentaire de l'os métastatique).